THESIS

MUNICH

1967/4

Verlaufstypen mehrphasiger Depressionen

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

HEIDRUN VOGELBERG

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153513_0083

Aus der Nervenklinik der Universität München

Kommis. Direktor Professor Dr. M. Kaess

VERLAUFSTYPEN MEHRPHASIGER DEPRESSIONEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

vorgelegt

der Hohen medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

verfaßt von

Heidrun Vogelberg

aus Tiegenhof

München 1967

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Prof. Dr. H. Dietrich

Koreferent: Prof. Dr. M. Kaess

Dekan: Prof. Dr. F. Holle

Tag der mündlichen Prüfung: 20. 2. 1968

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

A Einleitung 5

B Literatur 6

I Anteil der mehrphasigen Depressionen am Gesamt der endogenen Depressionen 6

II Periodizität 7

1.) Definition

2.) Periodische Psychosen

3.) Ursache der Periodizität

4.) Faktoren, die das periodische Geschehen auslösen

a) Lebensweise des Alltags

b) Natürliche Tonusveränderungen des vegetativen Nervensystems

5.) Periodizität als Folge kosmischer Einwirkungen

6.) Formen der Periodizität

7.) Periodizität als ein von der Persönlichkeit abhängiges Geschehen

C Methodik 18

D Ergebnisse 22

I Periodischer Verlaufstyp 22

II Jahreszeitlicher Verlaufstyp 24

1.) Frühjahr-Herbst-Rhythmus

2.) Sommer-Winter-Rhythmus

3.) Andere jahreszeitliche Fälle

III Fälle mit unregelmäßigem Verlauf 34

E Interpretation 35

I Periodischer Verlaufstyp 35

II Jahreszeitlicher Verlaufstyp 35

III Unregelmäßiger Verlauf 37

F Zusammenfassung 39

G Literaturverzeichnis 4o

VERLAUFSTYPEN MEHRPHASIGER DEPRESSIONEN

A EINLEITUNG

Die Mehrphasigkeit ist eines der wesentlichsten Merkmale der Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis. Eine Phase ist eine deutlich zeitlich abgegrenzte Manifestation der immer vorhandenen Krankheitsanlage. Mehrphasig sind die Depressionen, die diese Manifestation mehr als einmal aufweisen. Diese Arbeit beschränkt sich auf die Untersuchung einer Anzahl von Patienten mit mehrphasigen Depressio= nen, deren einzelne Phasen eine rein depressive Symp= tomatik zeigten. Fälle mit manischer oder manisch-depressiver Symptomatik wurden nicht verwertet.
Die Problemstellung lautete folgendermaßen:
Treten die einzelnen Phasen einer endogenen Depression in regelmäßigen Zeitabständen auf,und lassen sich die einzelnen Fälle in verschiedene Verlaufstypen einteilen?

B LITERATUR

I Anteil der mehrphasigen Depressionen am Gesamt der endogenen Depressionen

Die soeben hervorgehobene Bedeutung der Mehrphasigkeit für den Verlauf endogener Depressionen geht deutlich aus dem häufig bestimmten, relativ niedrigen Prozent= satz der einphasigen Depressionen an der Gesamtheit der manisch-depressiven Erkrankungen hervor.
KINKELIN (1954) fand einen Prozentsatz von 13%, POLLOCK (1931/32) 18,9%, RENNIE (1941/42) 19,2%. MAC DONALD (1918), STENSTEDT (1952), LUNDQUIST (1945) fanden höhere Werte von 35%, 53% und sogar 55%. Die Unterschiede erklären sich aus dem verschiedenen Ausgangsmaterial. Setzt sich dieses aus rein depressiven Erkrankungen zusammen, so findet man einen relativ hohen Anteil. Umfaßt es auch rein manische und zirku= läre Fälle, so wird der Prozentsatz der einphasigen Depressionen relativ gering sein.
MATUSSEK (1965) untersuchte eine Gruppe von Patienten mit rein depressiven Phasen und erhielt ein Ergebnis von43%. Da er sehr strenge Auswahlkriterien anwandte, ist dieser Wert wahrscheinlich noch zu hoch. Auf jeden Fall kann man sagen, daß über die Hälfte aller Fälle mit nur depressiver Symptomatik, also der größte Teil, mehrphasig verläuft.
Hier sei ferner darauf hingewiesen, daß nach BÜRGER-PRINZ (1961) auch die meisten scheinbar einphasigen Depressionen im Klimakterium in Wirklichkeit Bestandteil eines mehrphasigen Geschehens sind, welches sich schon früher in Form quasi-interner Krankheiten, wie Magen-Darm-Krankheiten, Ulcus-Verdacht, Gastritis, asthmati=

sche Bronchitis, Rheumatismus, Thyreoideakrankheiten, Menstruationsstörungen, endokrinologische Veränderungen, angedeutet hat, um sich erst später im Sinne einer Psychose zu manifestieren. Zählte man auch diese Fälle zu den mehrphasigen Depressionen, so erhöhte sich ihr Anteil weiter.

II Periodizität

1.) D e f i n i t i o n

Die Frage nach der Verlaufsform der mehrphasigen Depressionen bedeutet gleichzeitig ein Einsteigen in die Problematik der Periodizität. Unter Periodizität ist ganz allgemein eine Form des Ablaufes von Lebensvorgängen zu verstehen. Die exakte Formulierung von STUMPF (zit. n. Knigge 1940), Periodizität sei eine gesetzmäßige Wiederholung gleicher Ereignisse in genau gleichen Intervallen, ist auf biologische Rhythmen nur mit Einschränkung anwendbar, da diese sich durch ihre Plastizität von anderen unterscheiden. Sie sind sowohl in Bezug auf das Ausmaß des periodischen Geschehens als auch auf die zeitliche Differenz wandlungsfähig. "Infolge der Anpassungsfähigkeit alles Lebendigen an veränderte Umweltbedingungen ist es möglich, Rhythmen völlig zu unterdrücken und zu verwischen." (JORES 1938) Unter Berücksichtigung dieser Tatsache hat KNIGGE (1940) die Formulierung von Stumpf für die Biologie abgeändert. Er spricht von periodischen Vorgängen dann, wenn innerhalb ähnlicher Zeitabstände ähnliche Ereignisse wiederkehren.

2.) Periodische Psychosen

Periodische Psychosen wurden nach PILCZ (1901) bereits bei Aristoteles erwähnt und zwar als stete Wiederholung von Anfällen mit freien Zwischenräumen bei der Manie. Im deutschen Sprachraum stammt die erste Beschreibung einer periodischen Psychose von AUENBRUGGER (zit. n. Menninger-Lerchenthal 1953), der im Jahre 1776 eine Schrift über die Manie veröffentlichte.
Auffällig ist, daß es in jedem Falle die Manie und nicht die Melancholie war, die unter den periodischen Psychosen zuerst die Aufmerksamkeit auf sich lenkte, was sicher mit dem spektakulären Zustandsbild dieser Erkrankung zu erklären ist.
Bei Pilcz findet sich dann die erste Aufstellung und Beschreibung der Gesamtheit der periodischen Geistesstörungen: periodische Formen der Manie, Melancholie, Amentia, Paranoia, der deliranten Verworrenheitszustände, die periodischen Monomanien, ferner sekundär ausgelöste Psychosen.
Die Tatsache, daß die Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis die Hauptrepräsentanten dieser Psychosegruppe sind und außerdem die reinsten periodischen Verlaufsformen bieten, hat dazu geführt, daß allmählich fast alle periodischen Psychosen in dieser Krankheitsgruppe aufgegangen sind. MENNINGER-LERCHENTHAL (1960) betont, daß jedoch mit der Feststellung einer Periodizität nichts über die Ätiologie der Erkrankung ausgesagt ist. Periodisch bedeutet lediglich eine bestimmte, erblich determinierte Verlaufsform, die als solche auf die Haupt- oder Mitbeteiligung bestimmter Hirngebiete hinweist.

3.) Ursache der Periodizität

Menninger-Lerchenthal beginnt die Erforschung der Pathogenese der Periodizität mit der Suche nach den den periodischen Verläufen koordinierten oder supponierten körperlichen Vorgängen (allgemeiner Stoffwechsel, innere Drüsensekretion, vegetativ-nervöse Störungen).
EWALD (1948), der vom manisch-depressiven Irresein als einer "biotonischen Temperamentsstörung" spricht mit Störungen auf allen Teilen des psychischen und körperlichen Lebens, macht auf Veränderungen des Körpergewichts, der Behaarung, der Potenz, Schweißsekretion, Vasomotorik, Stoffwechselleistung in Form von Plus- b.z.w. Minusleistung in der Manie und Melancholie aufmerksam.
KÜPPERS (1933) beschreibt Verengerung der Hautgefäße und Blässe in der depressiven und Gefäßerweiterung und ein gerötetes Gesicht in der manischen Phase.
URSTEIN (1912) beobachtete Haarausfall und starkes Ergrauen einerseits und dunkleren, dichteren Haarwuchs andererseits.
LAILLER und MAIRET (zit. n. Menninger-Lerchenthal) wiesen auf die verminderte b.z.w. erhöhte Stickstoffausscheidung hin.
KAFKA (1928) berichtet von einem Anstieg der Blutzuckerwerte und des Blutcholesterinspiegels in der Depression und einer entsprechenden Senkung in der Manie.
Es sei hervorgehoben, daß diese somatischen Veränderungen zwar den psychischen koordiniert, jedoch in ihrer Intensität weitgehend unabhängig von diesen sind.
Eine falsche Interpretation der soeben angeführten Beobachtungen führte zu dem Versuch, die Ursache der Depression allein aus den körperlichen Symptomen zu erklären. So sieht die LANGE'sche Theorie ihre Ursache

in der Harnsäure-Retention.
Haben diese körperlichen Symptome zwar nicht die ihnen von Lange beigemessene Bedeutung, so lenken sie doch als Begleitsymptome eines periodischen psychi= schen Geschehens die Aufmerksamkeit auf den Hirnteil, der alle hier gestörten Funktionen zu beeinflussen vermag. Das Zwischenhirn, das seine Wirkung sowohl auf Psyche wie auch auf Soma ausübt, ist das hier in Betracht kommende anatomisch-physiologische Substrat. (Menninger-Lerchenthal) Hier im Diencephalon mit seinen Verbindungen zu höheren und zu niederen Zentren, zum Cortex, zur Hypophyse (von hier aus Beeinflussung des endokrinen Drüsensystems), zum vegetativen Nervensystem, erfolgt die Umschaltung einer körperlichen Krankheit auf eine psychische und umgekehrt, hier liegt der zen= tral-vegetativ-nervöse Regulationsapparat, wo entschie= den wird, ob sich die Krankheit im System der inneren Drüsen oder des Stoffwechsels abspielt. In diesem Sinn spricht Menninger-Lerchenthal vom manisch-depressiven Irresein als einem "Hypophysen-Zwischenhirn-Syndrom". Der Auffassung von STAEHELIN (1944), daß zwar einige Symptome auf Beziehungen zum Zwischenhirn hinwiesen, andere aber eher neencephal seien, und man deshalb nicht von einem Stammhirnsyndrom sondern von einer Erkrankung des Gesamthirns sprechen müsse, trägt er Rechnung, indem er ergänzend hinzufügt, die Symptomatik des Depressiven sei zwar eine neencephale, die Dynamik (hierher gehören in erster Linie die Periodizität sowie die mit dem Vegetativum legierten Verstimmungen) aber eine diencephale. Die Theorie des diencephalen Merkmals "Periodizität" wird von Curt RICHTER (1955) in Experimenten mit Ratten bestätigt. Er fand, daß ein bei der Ratte natürlich vorkommender Rhythmus in der Aktivität durch Schild= drüsenbeeinflussung in Richtung auf eine pathologische

Periodizität zu lenken war. Zur Aufrechterhaltung dieser pathologischen Periodizität waren kleine Reste normalen Schilddrüsengewebes nötig. Eine völlige Zer= störung der Thyreoidea machte jegliche Periodizität unmöglich. Er fragte dann weiter nach der Bedeutung der der Schilddrüse übergeordneten Funktionssysteme, der Hypophyse und der hypothalamischen Zentren und kam zu dem gleichen Ergebnis wie Menninger-Lerchenthal. Diese aus Tierversuchen gewonnenen Resultate müssen bei Anwendung auf den Menschen die durch die Entwicklung des Großhirns bedingte Funktionseinschränkung der tie= feren Zentren berücksichtigen.
Weitere Beweise für die Richtigkeit der Annahme einer diencephalen Genese der Periodizität sind Beobachtungen von BÜSSOW (1949) und FRANKL (195o). Büssow berichtet von primär diencephal-somatischen Störungen (z.B. Trauma im Zwischenhirn), die von psychischen Symptomen einer echten, periodisch verlaufenden,zirkulären Psychose be= gleitet werden. Frankl schildert einen Patienten mit manisch-depressiven Phasen nach einem Stirnhirntrauma. Das Zustandekommen dieses periodischen Geschehens läßt sich mit dem Wegfall der Hemmung des Hypophysen-Zwischen= hirn-Systems von Seiten des Frontallappens erklären. Dieses fungiert sozusagen als eine Art "Bewahrer des Urphänomens Periodizität" (Staehelin), das in der ge= samten unbelebten und belebten Natur anzutreffen ist und beim Menschen durch die Entwicklung eines höheren Bewußtseins verwischt wird.
So gesehen kann man mit Menninger-Lerchenthal statt von Heridität auch von Atavismus beim Auftreten einer Perio= dizität sprechen. Jedenfalls erinnert die Manie im Frühjahr an ein krankhaft gesteigertes Frühjahrserwachen zu neuem Leben und die Melancholie im Herbst an eine Art Winterschlaf.

4.) Faktoren, die das periodische Geschehen auslösen

a) Lebensweise des Alltags

Die zirkulär unterlegten Persönlichkeiten befinden sich in einem erbbiologisch gegebenen labilen Gleichgewichtszustand der höchsten vegetativen Zentren, so daß die Lebensweise des Alltags und kleine Hilfsursachen genügen, um dieses Gleichgewicht zu stören (Ewald). Wie oft begegnet man Patienten, die als auslösendes Moment ihrer Depression einen Streit mit Nachbarn, mit dem Ehepartner, finanzielle oder berufliche Schwierigkeiten angeben. Bei Frauen finden sich häufig depressive Phasen in der Schwangerschaft oder im Anschluss an eine Geburt. Hier mögen neben der für die Patientin belastenden Umstellung auf das Kind auch endokrine Veränderungen Phasen auslösend wirken.

b) Natürliche Tonusveränderungen des vegetativen Nervensystems

Für einen Depressiven mit seiner angeborenen Minderwertigkeit der höheren vegetativen Zentren, von RATNER (1931) als "Diencephalose" bezeichnet, bedeutet jede Tonusänderung im Vegetativum, auch wenn sie sich für den Nichtdepressiven im Rahmen der physiologischen Norm abspielt, eine Belastung, die unter Umständen der zentral-vegetativ-nervöse Regulationsapparat nicht auszugleichen vermag. So sind die für den Depressiven so typischen Tagesschwankungen Ausdruck der Umschaltung auf eine primär sympathische Tonuslage am Morgen und eine überwiegend parasympathische Tonuslage am Abend. Auch in den Jahreszeiten findet eine solche Veränderung der vegetativen Tonuslage statt. Im Frühjahr erfolgt der Umschlag von der parasympathischen in die sympathische Reaktionslage, im Herbst umgekehrt. In diesen beiden

vegetativ-nervösen Umschlagzeiten treten Krankheits=zustände oder Verschlimmerungen von Leiden auf, die durch diese vegetativ-nervöse Labilität bedingt sind (Menninger-Lerchenthal).
Diesen Überlegungen entsprechend machte LEUTHOLD (1940) auf Grund einer Untersuchung von Krankengeschichten der Münchner Universitätsnervenklinik aus den Jahren 1930-1935 die Feststellung, daß der Krankheitsbeginn depressiver Phasen einen besonders klaren Gipfel im Herbst zeigt. Einen zweiten, nicht ganz so hohen, aber eindeutigen Gipfel fand er im Frühjahr.

5.) Periodizität als Folge kosmischer Einwirkungen

Dieses Mitschwingen des menschlichen Organismus mit dem Wechsel der Jahreszeiten ist nach Menninger-Lerchenthal letztlich auf kosmische Einflüsse zu=rückzuführen. Sie bedingen die Änderung der vegetativen Tonuslage. Es handelt sich bei diesen kosmischen Ein=wirkungen um das Sonnenlicht und elektromagnetische Wellen. "Und dadurch, daß alle Periodizität auf Erden letzten Endes vom Einfluß der Sonne auf die Erde ab=hängt, vom regelmäßigen Wechsel der Menge an Licht und Wärme, die der Erdoberfläche gespendet werden, erscheint die Periodizität ausgedehnt auf die leblose Natur." (Menninger-Lerchenthal) Der Angriffspunkt am menschlichen Körper ist die Hautoberfläche und die Netzhaut der Augen, und der Überleitungsapparat ist das vegetative Nervensy=stem.

6.) Formen der Periodizität

Bei der Frage, ob die Periodizität bei periodischen Psychosen streng eingehalten oder nur vage erkennbar ist, gehen die Meinungen auseinander. JASPERS (zit. n. Mayer-Gross 1961) meint : "Die einzelnen Phasen sind nie absolut gleich, die Intervalle nie zeitlich genau gleich lang." Dagegen steht die Behauptung von MAYER-GROSS (1961) : "Genaue Beobachtung geeigneter Fälle zeigt, daß die Regelmäßigkeit erheblich ist, ja, daß sogar mathematische Schärfe gefunden werden kann."
Er belegt seine These unter anderem mit Beobachtungen an Patienten mit periodisch auftretendem Stupor, deren einzelne Phasen zwar unterschiedlich lang waren, die aber, rechnete man zur Verlaufsdauer der Phasen die Remissionen hinzu, eine strenge Regelmäßigkeit aufwiesen. Der Abstand von Phasenbeginn zu Phasenbeginn war von Fall zu Fall verschieden, in jedem einzelnen Fall aber konstant.
Als zwischen diesen beiden Ansichten vermittelndes Moment läßt sich anführen, daß die meisten periodischen Abläufe erst über eine Unregelmäßigkeit zu einer Regelmäßigkeit gelangen,und umgekehrt regelmäßige Perioden mit der Zeit unregelmäßig werden (Menninger-Lerchenthal). So kann es vom Stadium, in dem sich die Psychose zur Zeit der Beobachtung befindet,abhängen, ob ein unregelmäßiger oder regelmäßiger Verlauf registriert wird. GJESSING (1932-1939) erklärt diese Erscheinung mit einer allmählichen Abnutzung oder Trägheit der regulierenden Zentren, SELBACH (1955) spricht von einer Erhöhung der endogenen Empfindlichkeitsschwelle der vegetativen Halbzentren.
Die Dauer des einzelnen periodischen Geschehens ist, unabhängig von der Ätiologie der Erkrankung, durch eine endogen geprägte Schablone bedingt, "Lehre von der Scha-

blone, ohne die es keine Lehre von der Periodizität gibt" (Menninger-Lerchenthal). Wenn mit einem Rhythmus ein Ausgleichszustand nicht hergestellt ist, so läuft die ganze Rhythmusdauer noch einmal ab. Ist eine Scha= blone angesprungen, dann läuft sie ab.
Die Zeit, die diese Schablone enthält,kann sehr verschie= den sein. Der Zeitfaktor kann bei phasischen Psychosen von kürzesten Zeiten, Sekunden, Stunden und Tagen bis zu vielen Jahren reichen. Es gibt phasische Verläufe von täglichen Schwankungen bis zu solchen von 2o Jahren (BÜRGER-PRINZ 1961).
Menninger-Lerchenthal trifft eine Einteilung der mög= lichen Dauer von Phasen und Perioden in vier Gruppen:
1.) 48-Stundenrhythmus, entstanden aus einer Verdoppe= lung des 24-Stundenrhythmus.
2.) Kurze Rhythmen mit 3-Tage-Phasen und 4-Tage-Phasen, wobei es sich nicht um eine Verlaufsform endogener Psy= chosen sondern exogen psychotischer Reaktionen handelt.
3.) 4-Wochen-Periodik, eine dem Geschlechtstrieb eigene, aber der Geschlechtsspezifität übergeordnete Periodizität.
4.) Terrestrische Phasen und Perioden. In diese Gruppe fallen Tagesperiodizität und Jahreszeitenperiodizität (siehe S. 12/13).
K. ABE (1965) stellte an Hand einer Untersuchung von 112 Fä llen mit periodischer Schizophrenie drei Ver= laufsgruppen auf:
1.) "Periodic relapse". Die 7 Fälle dieser Gruppe wie= sen eine streng eingehaltene Periodizität von 7, 11, 13 Monaten und 2 Jahren auf.
2.) "Meteorotropic relapse". Dies entspricht der Jahres= zeitenperiodizität von Menninger-Lerchenthal.9o% der von Abe untersuchten Patienten hatten Phasen im Frühjahr und Herbst b.z.w. im Sommer und Winter.
3.) "Irregular relapse". Bei 15 Fällen war die Periodi= zität vollkommen verwischt, sie zeigten einen unregel=

mäßigen Verlauf.
Abe meint, daß die von den Jahreszeiten abhängige Periodizität, "meteorotropic relapse", eine Spielart des "periodic relapse" sei, bei der zwischen zwei Phasenbeginnen eine Zeitspanne von 6 Monaten oder einen Vielfachen von 6 liege. Abe beobachtete seine Patienten auch nach dieser Untersuchung. Er konnte mit Erfolg prophylaktische Maßnahmen zu dem an Hand seiner Ergebnisse errechneten Zeitpunkt, da der nächste Schub zu erwarten war, ergreifen. Zwar ließen sich die so vorbehandelten Phasen nicht gänzlich unterdrücken, jedoch verliefen sie erheblich leichter als die vorher durchgemachten.

7.) Periodizität als ein von der Persönlichkeit abhängiges Geschehen

Von einer ganz anderen Seite rollt MATUSSEK (1965) die Problematik der phasischen Psychosen auf. Er fragt nach der Persönlichkeit des Patienten, nach der Einstellung zu seiner Krankheit, nach seinen Umweltbedingungen. Er sucht den Phasenabstand in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen zu sehen, wie Geschlecht, Phasenhäufigkeit, Alter bei Ersterkrankung, Lebensalter, Phasenlänge und Symptomatik.
Entgegen SLATER (1938), der den Einfluß der bereits durchgemachten Phasen auf die nachfolgenden ablehnt, stellt Matussek eine deutliche Abhängigkeit der Intervallänge von der Anzahl durchgemachter Phasen fest und zwar in der Weise, daß die Abstände sich mit steigender Phasenzahl verkürzen. Eine Beziehung zwischen Phasenlänge und der Dauer des nachfolgenden Intervalls findet er nicht.
Diese Feststellung widerspricht der Beobachtung von

Mayer-Gross, daß sich die Regelmäßigkeit des phasischen Geschehens in der Konstanz der Summe aus Phase und Intervall, also in der Konstanz des Abstandes von einem Phasenbeginn zum nächsten äußert. Andernfalls müßte sich die Intervalldauer, die depressionsfreie Zeit, mit längerer Phasendauer verkürzen und umgekehrt.
Ein wichtiger Faktor, der die Intervallänge mitbestimmt, ist nach Matussek die Symptomatik der vorangegangenen Phase. Eine Phase mit ich-naher Symptomatik scheint eher von langen, eine Phase mit ich-ferner Symptomatik eher von kurzen Intervallen gefolgt zu sein. Als "ich-nah" bezeichnet Matussek ein von Schuldgefühlen, Grübeln, Suicidideen, als "ich-fern" ein von Vitalgefühlen und Agitation bestimmtes Symptombild. Je intensiver ein Patient sich mit der der Psychose zugrundeliegenden Problematik auseinandersetzt, je mehr er sie als persönlichkeitsnahes Geschehen erlebt und nicht als eine ihm auferlegte Krankheit, desto länger wird die symptomfreie Zeit sein.
Wie MAUZ (1930) so vertritt auch Matussek die Ansicht, daß neben diesen inneren strukturellen Momenten auch soziale Faktoren, wie Familienstand, Beziehungen der Ehepartner zueinander, Zahl der Kinder, Art des Berufes, Bedeutung des Berufes für den Patienten die Länge des Intervalls und somit den Zeitpunkt des Ausbruchs einer Phase mitbestimmen. Ewald spricht in diesem Sinn von den Hilfsursachen und der Lebensweise des Alltags, die den erbbiologisch gegebenen labilen Gleichgewichtszustand der höchsten vegetativen Zentren stören und so eine Phase provozieren. (siehe S.12)

C METHODIK

Trotz oder gerade wegen der Abhängigkeit der Verlaufs=form von der Persönlichkeit des Erkrankten, den inneren und äußeren ihn bestimmenden Faktoren, soll in dieser Arbeit festgestellt werden, in welchem Maße es noch möglich ist, mehrphasige Depressionen in Verlaufstypen einzuteilen.
Als Ausgangsmaterial dienten Krankengeschichten der Universitätsnervenklinik in München aus den Jahren 1954 bis 1964 mit der Diagnose endogene Depression.
Es wurden nur Fälle mit mindestens vier Klinikaufent=halten und, wie eingangs erwähnt, mit rein depressiver Symptomatik verwendet. Alle waren mit Elektroschocks und Psychopharmaka behandelt worden. Da die Krankenge=schichten aus den Jahren vor 1954 häufig Fälle mit Phasen aus den Jahren vor der Ära der Heilkrampfbehand=lung und Psychopharmakotherapie enthielten, wurden diese bewußt ausgeschlossen.
Die engere Auswahl erfolgte nach der von MATUSSEK(1965) und WEITBRECHT (1963) geschilderten Weise. Depressive Schuldgefühle, vitale Traurigkeit, Hemmungen, Vitalge=fühle wurden als Kernsymptome gewertet, während Patienten mit Halluzinationen und katatonen Symptomen ausgeschieden wurden. Ebenso wurden auch die Fälle nicht verwertet, bei denen arteriosklerotische Veränderungen das Krank=heitsbild bestimmten. Involutions- oder Rückbildungs=melancholien und die unter der Diagnose "klimakterische Depression" verlaufenden Fälle wurden einbezogen, soweit sie die oben geschilderten Symptome aufwiesen. Atypische Fälle müssen ausgeschieden werden, weil hier meistens eine Tendenz zur Chronofizierung besteht, oder aber zum Einmünden in schizophrene Bilder (Matussek). Ich habe von dieser Regel dann eine Ausnahme gemacht, wenn die Atypie nur auf die erste Phase in der Jugend zutraf,

und die folgenden die typische depressive Symptomatik zeigten.
BÜRGER-PRINZ (1961) spricht im diesem Zusammenhang von "Projektionsmechanismen", das sind verschiedene Erlebnisweisen desselben phasischen Geschehens, die von dem unterschiedlichen affektiven Stimmungsgehalt der Patienten bestimmt werden. Der Jugendliche ist vermehrt durchlässig für Erlebnisformen, die früher für spezifisch schizophren gehalten wurden, jedoch nur ein der Eigenart des Jugendlichen angepaßter Projektionsmechanismus der Depression sind.
Bei der Auswahl der geeigneten Fälle wurde weiter darauf geachtet, daß die Phasen deutlich voneinander abgehoben waren. Zwischen Ende der einen Phase und Beginn der nächsten mußte eine im wesentlichen symptomfreie Zeit liegen, in der der Patient nicht dauernd unter der Wirkung von Psychopharmaka stehen durfte. Verließ ein Patient die Klinik vor Abklingen der Phase, gegen Revers, so wurde dieser Fall nur dann mitverwertet, wenn ambulante Kontrollen eine spätere Remission bestätigten. Phasen, die in rein ambulanter Psychopharmakabehandlung abklangen, wurden berücksichtigt, wenn der Zeitpunkt des Ausbruchs der Phase und die Dauer der Behandlung in der Anamnese vermerkt waren, ebenso die in anderen Krankenhäusern durchgemachten Phasen.
Von den bei der ersten Durchsicht der Krankengeschichten 111 ausgewählten Fällen, mußten 21 nach genauerer Überprüfung gemäß den oben angegebenen Kriterien wieder ausgeschieden werden, so daß sich die Untersuchung auf ein Material von 9o Fällen beschränkt. Dabei handelt es sich um 22 Männer (24,4%) und 68 Frauen (75,6%). Diese Geschlechtsverteilung entspricht dem von Matussek festgestellten Verhältnis von 1:3 depressiver Männer und Frauen in der Klinik, was weniger einer vermehrten Krankheitsbereitschaft der Frau als vielmehr einer

Klinikphobie des Mannes entspricht, der, um einer even= tuellen sozialen Abwertung durch die Krankheit und be= ruflichen Schwierigkeiten zu entgehen, die Phase lieber zu Hause durchsteht. Dieselbe Überlegung mag auch als Erklärung für die Tatsache dienen, daß unter den Krankengeschichten depressiver Männer viel häufiger Patienten gegen Revers die Klinik verließen, als dies bei den Frauen der Fall war.
Schwierig war, den Beginn der Phase genau zu erfassen. Meistens wurde die Klinikeinweisung als Zeitpunkt des Ausbruchs einer Phase angenommen. War jedoch eine glaub= hafte Angabe über einen früheren Beginn in der Anamnese enthalten, so wurde dieses angegebene Datum verwertet. Als glaubhaft empfand ich Angaben wie "vor drei Wochen wachte ich plötzlich auf und mochte nicht mehr aufstehen" oder "vor 10 Tagen hatte ich eine Grippe, und seitdem bin ich depressiv".
Da der Tag der Klinikeinweisung oft von äußeren Fakto= ren, wie z.B. vom Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines freien Bettes abhängt, daher nur in den selten= sten Fällen auf den Tag genau den Phasenbeginn angibt, und da zum anderen auch die Angaben über einen früheren Beginn zu Hause sich auf das Nennen der Woche, in der die Depression begann, nicht des Tages, beschränkten, erfolgte die Eintragung der Phasen in Verlaufsmuster nur auf Wochen genau. Ich teilte den Monat in vier Ein= heiten auf, wobei also eine Einheit etwa einer Woche entspricht.
Die graphische Darstellung der Verläufe erfolgte in Form einer Spirale, wie sie Abe in seiner Arbeit "Pattern of Relapse in Remitting Psychotics" verwendete. Jede Umdrehung von 360° entspricht einem Jahr, 30° ent= sprechen einem Monat. Die äußerste Umdrehung der Spirale bedeutet das Jahr, in dem die erste Phase auftrat, z.B. 1959 in der Abbildung 1, jede weitere Umdrehung das

folgende Jahr. In einem Fall fielen die Phasen in einen Zeitraum von 3o Jahren. Um die Spirale nicht unnötig zu vergrößern und die Darstellung so unübersichtlich zu machen, ließ ich einige phasenfreie Jahre aus, so daß hier (Abb.5) nicht jede Umdrehung das nächstfolgende Jahr bedeutet, sondern manchmal mehrere Jahre zwischen den einzelnen Umdrehungen liegen.
Die Spirale wird durch eine sich im Zentrum treffende Waagerechte und Senkrechte in 4 Viertel geteilt, wobei bei Abe das erste Viertel den Monaten Januar, Februar, März, das zweite Viertel den Monaten April, Mai, Juni entspricht u.s.w.. Um die jahreszeitliche Abhängigkeit der Verläufe zu verdeutlichen, änderte ich diese Aufteilung in der Weise, daß jedem Viertel der Spirale eine Jahreszeit entspricht, das erste Viertel dem Frühjahr (März, April, Mai), das zweite Viertel dem Sommer (Juni, Juli, August), das dritte Viertel dem Herbst (September, Oktober, November), das vierte Viertel dem Winter (Dezember, Januar, Februar).

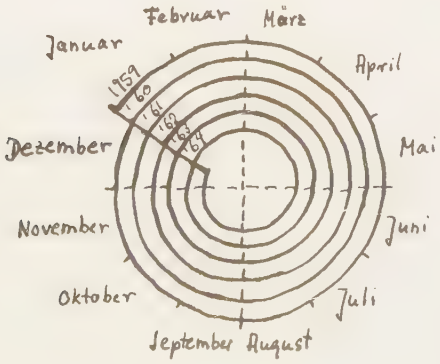

Abb. 1

D ERGEBNISSE

Die Aufteilung der 9o Fälle in Verlaufstypen erfolgte nach der von Abe in seiner Arbeit "Patterns of Relapse in Remitting Psychotics" angewandten Weise.
Es wurden drei Gruppen gebildet :

I Periodischer Verlaufstyp
("periodic relapse")

In diese Gruppe fallen Fälle, bei denen der Phasenabstand, d.h. die Zeitspanne vom Ausbruch einer Phase bis zum Beginn der nächsten, also Intervall plus Phase, immer ungefähr gleich blieb. Hierher gehören 4 Fälle, das sind 4,4%.

Beispiele:

1.) Fräulein M.geb. 194o hatte ihre erste Phase Ende Dezember 196o. Es folgten drei Phasen im jeweiligen Abstand von 8½ Monaten Mitte September 1961, Anfang Juni 1962 und Mitte Februar 1963. Seitdem blieb die Patientin symptomfrei.
(siehe Abb. 2)

Abb. 2

2.) Frau S. geb. 1921 hatte ihre erste Phase Ende März 1960, die zweite nach 13½ Monaten Mitte Mai 1961. Die dritte Phase folgte nach 6½ Monaten Anfang Dezember 1961, die vierte wiederum nach 13 Monaten Ende Dezember 1963. Der Verlauf der Depression folgt einer Periodizität von 6½ Mo= naten oder einem Vielfachen.
(siehe Abb. 3)

Abb. 3

Bei den zwei weiteren zu dieser Gruppe gehörigen Fällen wird bei einer Reihe aufeinanderfolgender Phasen ein bestimmter Rhythmus eingehalten, der dann einer längeren symptomfreien Zeit weicht, um eventuell später wieder aufgenommen zu werden.

3.) Frau Sch. geb. 1909 machte von Ende Juli 1958 bis Ende Oktober 1961 insgesamt neun Phasen in einem jeweiligen Abstand von ungefähr 5 Monaten durch. Anschließend war sie bis September 1963 - 22 Monate lang, das entspricht etwa dem Vierfachen von 5 - symptomfrei. Leider ist nach Abklingen dieser Phase

nichts über das weitere Schicksal der Patientin bekannt. (siehe Abb. 4)

Abb. 4

II Jahreszeitlicher Verlaufstyp
("meteorotropic relapse")

Zu diesem Verlaufstyp gehören Fälle, deren Phasen jedesmal in eine bestimmte Jahreszeit oder in zwei entgegengesetzte Jahreszeiten fielen, also in das Frühjahr und den Herbst oder in den Sommer und den Winter oder nur in eine dieser Jahreszeiten.
Von allen Fällen wurde der Mittelwert der Phasenbe= ginne und die Standardabweichung berechnet. Überschritt der Streuungswert die Grenzen der entsprechenden Jahres= zeit um mehr als zwei Wochen, so fielen diese Fälle in die Gruppe III "Fälle mit unregelmäßigem Verlauf". Die Fälle, deren Phasenbeginne wohl eine deutliche

Häufung zu einer Zeit des Jahres aufwiesen, jedoch nicht im Winter und Sommer oder Frühjahr und Herbst sondern im beginnenden Frühjahr und im Spätsommer oder Anfang Dezember und Ende Mai, wurden in die Gruppe II/3 "andere jahreszeitliche Fälle" eingeordnet.
Wie oben erwähnt, rechnete ich zum Frühjahr die Monate März, April, Mai, zum Sommer die Monate Juni, Juli, August, zum Herbst die Monate September, Oktober, November und zum Winter die Monate Dezember, Januar, Februar.
Die Verteilung der zum jahreszeitlichen Verlaufstyp gehörenden Fälle auf die drei Untergruppen : Frühjahr-Herbst-Rhythmus, Sommer-Winter-Rhythmus, andere jahreszeitliche Fälle war folgendermaßen :

	Zahl der Fälle	in %
jahreszeitlicher Verlaufstyp	45	5o
1.) Frühjahr-Herbst-Rhythmus	23	25,5
2.) Sommer-Winter-Rhythmus	16	17,8
3.) andere jahreszeitliche Fälle	6	6,7

1.) Frühjahr-Herbst-Rhythmus

23 von 9o Fällen folgten im Verlauf ihrer Krankheit einem Frühjahr-Herbst-Rhythmus, das sind 25,5%.

Beispiele:

(1) Frau H. geb. 19o2 machte von insgesamt 12 Phasen vier im Frühjahr - der mittlere Phasenbeginn liegt

Ende April, und die Standardabweichung beträgt 2,5 Wochen - und acht im Herbst durch - der mittlere Phasen= beginn liegt in der 2. Septemberwoche, die Standardab= weichung beträgt 2,9 Wochen.
(siehe Abb. 5)

Abb. 5

(2) Die Phasen der Patientin O. beginnen im Frühjahr um die dritte Märzwoche, die Standardabweichung beträgt 4,3 Wochen. Im Herbst streuen die Phasen mit 2,5 Wochen um Anfang Oktober.
(siehe Abb. 6)

Bei zwei Fällen dieses Verlaufstyps fielen die Phasen ausschließlich in das Frühjahr, bei vier Fällen nur in den Herbst.

(3) Herr W. geb. 1900 erlebte alle Phasen im Herbst. Er machte insgesamt vier Phasen durch, deren Beginne

mit 3,9 Wochen um die dritte Septemberwoche streuen. (siehe Abb. 7)

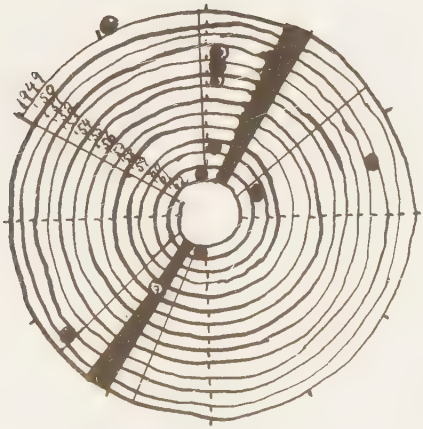

Abb. 6

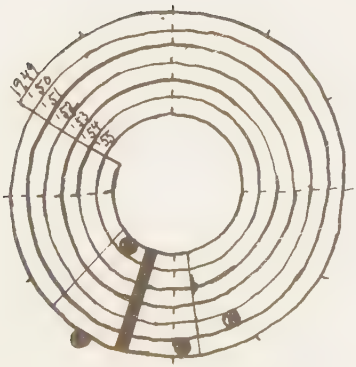

Abb. 7

Die Abbildung 8 zeigt eine Übersicht über die Verläufe aller 23 Fälle mit Frühjahr-Herbst-Rhythmus. Es wurden berechnet der Mittelwert der mittleren Phasenbeginne in Frühjahr und Herbst sowie die Streuung dieser Mittelwerte. Der Mittelwert für das Frühjahr wurde aus den 19 Fällen mit Frühjahrsphasen (4 Patienten mit diesem Verlaufstyp hatten nur Herbstphasen) errechnet und liegt bei Anfang April. Die Standardabweichung beträgt 2,1 Wochen.
Für die Berechnung des Mittelwertes der mittleren Phasenbeginne im Herbst konnten 21 Fälle mit Herbstphasen herangezogen werden (2 der 23 Fälle dieses Verlaufstyps hatten nur Frühjahrsphasen). Der Mittelwert liegt in der zweiten Oktoberwoche und streut um 2,9 Wochen.

Abb. 8

2.) Sommer-Winter-Rhythmus

16 Fälle, das sind 17,8%, erlebten ihre Phasen immer im Sommer oder im Winter.

Beispiele:

(1) Frau R. geb. 1906 machte in den Jahren von 1960 bis 1964 alljährlich eine oder zwei Phasen im Sommer und im Winter durch. Im Sommer beginnen ihre Phasen um Ende August mit einer Standardabweichung von 1,8 Wochen, im Winter streuen die mit 3,7 Wochen um die dritte Woche im Februar.
(siehe Abb. 9)

Abb. 9

(2) Herr B. geb. 1888 erlitt seine erste Phase Weihnachten 1947, blieb dann sieben Jahre lang ohne Phase, erkrankte im Sommer 1954 erneut und hielt von nun an einen sehr regelmäßigen Sommer-Winter-Rhythmus ein mit drei Phasen um Anfang Juni und fünf Phasen um

Ende Dezember und einer relativ geringen Streuung von 2,8 b.z.w. o,5 Wochen.
(siehe Abb. 1o)

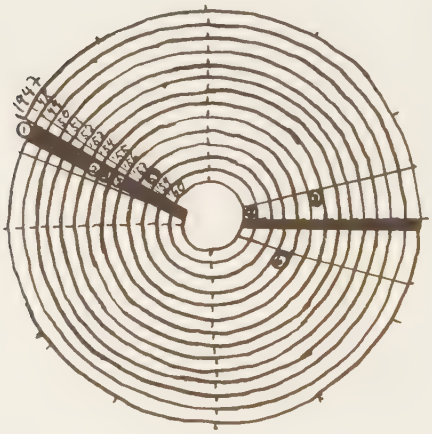

Abb. 10

Bei sechs Fällen dieses Verlaufstyps fielen die Phasen nicht in die beiden entgegengesetzten Jahreszeiten Sommer und Winter, sondern nur in eine Jahreszeit, bei zwei Patienten ausschließlich in den Winter, bei vier Patien= ten ausschließlich in den Sommer.

(3) Herr M. geb. 1895 erkrankte mit Schuldgefühlen und hypochondrischen Beschwerden das erste Mal im Sommer 1955. Es folgten Phasen in derselben Jahreszeit in den Jahren 1956, 1959, 196o und 1961.
(siehe Abb. 11)

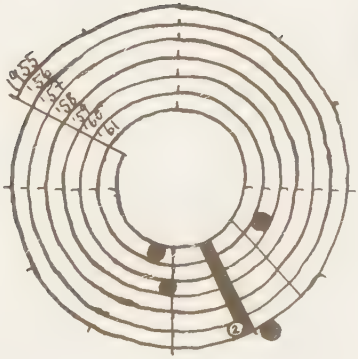

Abb. 11

Abbildung 12 gibt einen Gesamtüberblick über die Verläufe aller 16 Fälle mit Sommer-Winter-Rhythmus. Der Mittelwert der mittleren Phasenbeginne der 14 Patienten mit Sommer= phasen (2 Fälle hatten nur Winterphasen) liegt in der dritten Juliwoche, die Standardabweichung beträgt 3,6 Wochen. Der Mittelwert der mittleren Phasenbeginne der 12 Fälle mit Winterphasen (4 hatten nur Sommerphasen) liegt Ende Januar, die Standardabweichung beträgt 2,3 Wochen.

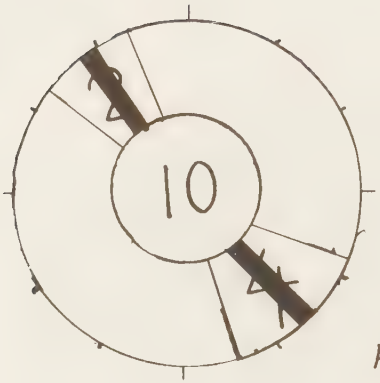

Abb. 12

3.) A n d e r e j a h r e s z e i t l i c h e
F ä l l e

Sechs Fälle mit deutlicher Häufung der Phasen in einer oder zwei entgegengesetzten Zeiten des Jahres konnten aus bereits angeführten Gründen weder dem Verlaufstyp Frühjahr-Herbst-Rhythmus noch dem Verlaufstyp Sommer-Winter-Rhythmus zugeordnet werden, was auf die Willkür= lichkeit der Festlegung der Jahreszeiten auf bestimmte Monate zurückzuführen ist. So beginnt der Herbst oft schon Ende August, oder der Winter dauert bis in den März hinein. Da aber die Einbeziehung dieser Grenzfälle die mittleren Mittelwerte und Standardabweichungen verzerrt hätte, bilden sie eine gesonderte Untergruppe.

Beispiele:

(1) Bei Frau N. geb. 1899 brachen die depressiven Phasen immer Anfang Mai und Mitte Dezember aus mit Standard=

abweichungen von 4,2 und 3,8 Wochen. Die Patientin machte im Laufe von zehn Jahren von 1948 bis 1958 insgesamt 13 Phasen durch. Der Verlauf ihrer Erkrankung ist als Grenzfall eines Sommer-Winter-Rhythmus aufzufassen.
(siehe Abb. 13)

Abb. 13

(2) Als Grenzfall des Verlaufstyps Frühjahr-Herbst-Rhythmus ist der Krankheitsverlauf des Herrn S. geb. 1901 zu betrachten mit einer Häufung der Phasen Ende März und Mitte August. Die Standardabweichungen sind 1,9 Wochen im Frühjahr und 3,2 Wochen im Spätsommer.
(siehe Abb. 14)

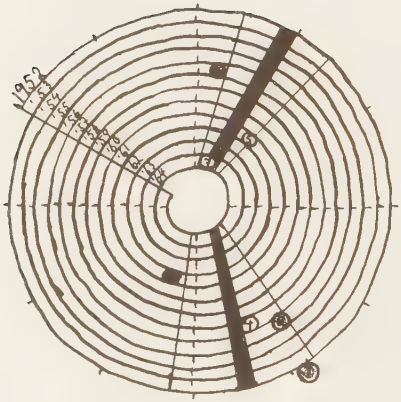

Abb. 14

III <u>Fälle mit unregelmäßigem Verlauf</u>
("irregular relapse".)

Bei den Fällen dieser Gruppe ließen sich keine Regel= mäßigkeiten im Verlauf feststellen. Der Abstand zwischen den Phasenausbrüchen war weder konstant, noch zeigte er eine jahreszeitliche Abhängigkeit. In diese Gruppe fallen 41 Fälle, das sind 45,6% aller untersuchten Fälle. Bei einigen Patienten waren reaktive Momente als phasenaus= lösend festzustellen, bei den meisten fehlte eine dies= bezügliche Angabe in der Anamnese.

E INTERPRETATION

I Periodischer Verlaufstyp

Die Ergebnisse zeigen, daß periodische Verläufe mit konstanten Phasenabständen sehr selten sind. Bei zwei der zu diesem Verlaufstyp gehörigen Fälle handelt es sich um relativ junge Patienten (geb. 1940 und 1921), bei denen sicher nur ein Teil des gesamten Krankheitsverlaufes erfaßt wurde, und bei denen sich die Möglichkeit nicht ausschließen läßt, daß sie im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung diese Periodizität nicht einhalten, zumal da regelmäßige Verläufe mit der Zeit unregelmäßig zu werden pflegen (Menninger-Lerchenthal). Bei den anderen beiden periodischen Fällen handelt es sich um klimakterische Depressionen, von denen man annehmen darf, daß der gesamte Verlauf erfaßt wurde.

II Jahreszeitlicher Verlaufstyp

Die Hälfte der untersuchten Fälle weist in ihrem Verlauf eine von den Jahreszeiten abhängige Periodizität auf. Dieser jahreszeitliche Verlaufstyp kann als eine Spielart des periodischen Verlaufstyps betrachtet werden, bei dem eine Periodizität von sechs Monaten oder einem Vielfachen eingehalten wird.
Die Fälle mit einem Frühjahr-Herbst-Rhythmus überwiegen in ihrer Zahl die mit einem Sommer-Winter-Rhythmus.
Unter den Fällen mit Frühjahr-Herbst-Rhythmus sind Herbstphasen häufiger als Frühjahrsphasen. Dies entspricht dem von Leuthold (1940) festgestellten Gipfel des Beginns depressiver Phasen im Herbst und einem zweiten im Frühjahr. Da es sich bei der Depression um eine Verschiebung der vegetativen Tonuslage zur parasympathischen Seite hin handelt , ist es verständlich, daß gerade im Herbst, da der auf kosmische Einflüsse zurückzuführende Umschlag

auf die parasympathische Reaktionslage erfolgt, besonders häufig Phasen ausbrechen. Hier handelt es sich offenbar um einen überschießenden Umschlag in die parasympathische Reaktionslage, der wegen der angeborenen diencephalen Schwäche nicht kompensiert werden kann und also eine Phase provoziert.
Die Zugehörigkeit eines Krankheitsverlaufes zu dem einen oder anderen Typ festzustellen, ist deshalb von Wichtigkeit, weil so das ungefähre Datum des Ausbruchs der nächsten Phase vorhergesagt werden kann und rechtzeitig prophylaktische Maßnahmen ergriffen werden können, um den Ausbruch der Phase zu verhindern oder zumindestens ihre Dauer zu verkürzen.
Jedoch ist die Möglichkeit der Zuordnung zu einem bestimmten Verlaufstyp erst nach Ablauf mehrerer Phasen gegeben. So bedeutet zum Beispiel das Auftreten der ersten depressiven Phase im Herbst nicht, daß eine weitere unbedingt wieder im Herbst oder im Frühjahr ausbrechen muß. Denn erstens weiß man nach einer einzigen Phase nicht, ob es sich überhaupt um eine mehrphasige Depression handelt, und zweitens haben 45% der mehrphasigen Depressionen einen unregelmäßigen Verlauf, bei dem sich der Ausbruch der nächsten Phase nicht vorhersagen läßt. Selbst wenn nach mehreren depressiven Phasen die Zugehörigkeit zu einem jahreszeitlichen Verlaufstyp entschieden ist, bleibt es ungewiß, ob die nächste Phase in die kommende gleiche oder entgegengesetzte Jahreszeit fällt,oder ein ganzes oder mehrere Jahre phasenfrei vorübergehen. Indessen darf man annehmen, daß in jedem Fall eine vermehrte Neigung zum Ausbruch einer erneuten Phase in den dem Verlaufstyp entsprechenden Jahreszeiten besteht, daß aber die inneren strukturellen Momente des Patienten sowie seine derzeitigen Umweltbedingungen bestimmen, ob die Phase manifest wird oder nicht.

Die Zeit des möglichen Phasenbeginns ist desto genauer vorherzubestimmen, je kleiner die aus den bisherigen Pha=

senbeginnen und deren Mittelwert berechnete Standardabweichung ist. Bei der Patientin O., deren Krankheitsverlauf dem Frühjahr-Herbst-Rhythmus folgt (siehe Abb. 6), ist zum Beispiel der Zeitpunkt für einen möglichen Ausbruch einer Phase im Herbst genauer bestimmbar als im Frühjahr, da hier die Standardabweichung 2,5 dort aber 4,3 Wochen beträgt. Sehr präzis lassen sich die Phasen im Falle des Herrn B. (siehe Abb. 1o) vorhersagen, der bei einer Anzahl von fünf bereits durchgemachten Winterphasen nur eine Standardabweichung von o,5 Wochen aufweist. Hier läßt sich der Beginn der nächsten Phase auf eine Woche genau vorherbestimmen.
In den so berechneten Zeitintervallen, in denen ein Patient vermehrt anfällig für eine neue Phase ist, sollte mit besonderer Sorgfalt auf somatische Veränderungen geachtet werden, auf Veränderungen des Körpergewichts, der Schweißsekretion, Vasomotorik, Haarausfall u.s.w. (siehe S. 9). Hier könnten Eigenbeobachtungen von Seiten des Patienten sehr dazu beitragen, das Nahen einer Phase noch vor ihrem Ausbruch zu erkennen und zu therapieren.

III Unregelmäßiger Verlauf

Im Verhältnis zu den Untersuchungen von Abe, der unter 112 Fällen von periodisch verlaufender Schizophrenie nur 15 unregelmäßige Verläufe fand (13,4%), ist der Prozentsatz der entsprechenden Fälle dieser Untersuchung sehr hoch (45,6%). Es liegt nahe anzunehmen, daß der Verlauf der Schizophrenie häufiger einen streng periodischen Verlauf erkennen läßt, als der einer endogenen Depression. Diese Schlußfolgerung wäre insofern erstaunlich, als die endogene Depression als Prototyp einer periodischen Psychose gilt, während der Schizophrenie nur in wenigen Fällen diese Verlaufsform eigen ist.
Jedoch gilt es zu bedenken, daß die Prozentzahlen der unregelmäßigen Verläufe in den Untersuchungen von Abe und in dieser Arbeit keine in diesem Sinne zu vergleichenden

Werte darstellen. Unberücksichtigt blieben in beiden Untersuchungen die chronischen Verläufe. Erst ein In= beziehungsetzen der periodischen Verläufe zum Gesamt der Krankheitsverläufe der endogenen Depression einer= seits und der Schizophrenie andererseits würde einen Ausgangswert für einen derartigen Vergleich ergeben.

Indessen läßt sich folgendes feststellen: Unter den mehrphasigen Depressionen verlaufen auffallend weniger Fälle periodisch als unter einer Gruppe von Fällen pha= sisch verlaufender Schizophrenie.
Eine Erklärung für diese Tatsache bietet vielleicht die Überlegung, daß die Schizophrenie als Geisteskrankheit die psychischen Funktionen, das Denken, die Wahrnehmung, das Gedächtnis (ROHRACHER 1965) des Erkrankten beeinträch= tigt, die endogene Depression als Gemütskrankheit diese Funktionen aber intakt läßt. Handelt es sich also bei dem Phänomen der Periodizität um eine Verlaufsform zu= rückgehend auf eine angeborene diencephale Schwäche, unabhängig von der Ätiologie der periodisch verlaufenden Erkrankung, in diesem Falle der periodischen Psychose, so bleibt dem Depressiven die Möglichkeit der Hemmung dieser atavistischen Anlage durch seine psychischen Funk= tionen - dies wäre der persönlichen Auseinandersetzung des Patienten mit dem der Psychose zugrundeliegenden Problematik gleichzusetzen, und tatsächlich stellte Matussek in diesen Fällen mit ich-naher Symptomatik ein Ausbleiben der Phasen fest - dem Schizophrenen mit seinen geschädigten psychischen Funktionen, seinen Denkstörungen, Halluzinationen ist diese Möglichkeit aber genommen.

F ZUSAMMENFASSUNG

9o Fälle von endogener Depression mit mindestens vier in der Klinik bis zur Remission behandelten depressiven Phasen wurden im Hinblick auf die Art der Aufeinanderfolge der Phasen untersucht und in drei Verlaufstypen eingeteilt:

I Periodischer Verlaufstyp. 4 Fälle (4,4%) wiesen diesen Verlaufstyp auf mit einer Periodizität von 5,5, 6,5, 8,5 und 9 Monaten oder einem Vielfachen.

II Jahreszeitlicher Verlaufstyp. Die 45 Fälle (5o%) dieses Typs wurden in drei Gruppen unterteilt:
1.) Frühjahr-Herbst-Rhythmus (23 Fälle),
2.) Sommer-Winter-Rhythmus (16 Fälle),
3.) Andere jahreszeitliche Fälle (6 Fälle).

III Fälle mit unregelmäßigem Verlauf. In diese Gruppe fallen 41 Fälle, in deren Verlauf keine Regelmäßigkeit im Sinne der Typen I und II festzustellen war. Das sind 45,6% aller Fälle.

G LITERATURVERZEICHNIS

ABE, K. : Psychiatr. Neurol., 15o, 129-14o, Basel 1965.

BÜRGER-PRINZ, H. : Probleme phasischer Psychosen. Stuttgart 1961.

BÜSSOW, H. : Zur Frage der psychischen Störungen bei Zwischenhirntumoren. Allg. Z. Psychiatr. 124 (1949).

EWALD, G. : Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. 2. Aufl. Verl. Urban u. Schwarzenberg 1948.

FRANKL, V.E. : Manisch-depressive Phasen und Schädel= trauma. Mschr. Psychiatr. 119 (195o).

GJESSING, R. : Beiträge zur Kenntnis der Pathophysio= logie periodischer katatoner Zustände. Arch. Psychiatr. 96, 1o4, 1o9 (1932-1939).

HOFF, H. : Lehrbuch der Psychiatrie. Band II. Basel-Stuttgart 1956.

JORES, A. : Zur Rhythmusforschung. Dtsch. med. Wschr. 1938, Nr.21 u. 28.

KAFKA, V. : Serologie der Geisteskrankheiten. Hdb. Geisteskrankh. III. Band, Allg. Teil III. Verl. J. Springer 1928.

KINKELIN, M. : Schweiz. Arch. Neurol. 73 (1954), 1oo.

KNIGGE, F. : Über Periodizität und periodische Geistes= störungen. Fortschr. Neur. 12. Jg. (194o).

KÜPPERS, E. : Der Weg zur Lokaldiagnose der Geistes= krankheiten. Klin. Wschr. 1933, Nr. 26.

LANGE, J. : Zirkuläres (Manisch-depressives) Irresein. Hdb. Erbkrankh. Band 4, Verl. G. Thieme 1942.

LEUTHOLD, G.H. : Jahreszeit und Phasenbeginn manisch-depressiver Psychosen. Arch. Psychiatr. 111 (1940).

LUNDQUIST, G. : Act. psychiatr. neurol. K'hvn. Suppl. 35-38 (1945).

MAC DONALD, J.B. : J. Nerv. Ment. Dis. 47 (1918), 20.

MATUSSEK, HALBACH, TROEGER : Endogene Depression. München-Berlin 1965.

MAUZ, F. : Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig 1930.

MAYER-GROSS : Biologische Rhythmen und ihre Bedeutung für psychiatrische Probleme. Aus : Probleme phasischer Psychosen (Vorträge gehalten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psy= chiatrie und Nervenheilkunde in Bad Nauheim vom 14.-16. Oktober 1960). Stuttgart 1961.

MENNINGER-LERCHENTHAL, E. :
a) Auenbrugger als Psychiater. Wiener Med. Wschr. 103. Jg. 1953, Nr. 51-52 (S. 970-971).
b) Periodizität in der Psychopathologie. Wien-Bonn-Bern 1960.

PILCZ, A. : Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901.

POLLOCK, H.M. : Amer. J. Psychiatr. 11 (1931/32), 567.

RATNER, J. : Manisch-depressives Irresein resp. Cyclo= thymie und Zwischenhirn. Z. Neur. 132, 1931.

RENNIE, Th.A.C. : Amer. J. Psychiatr. 98 (1941/42),801.

RICHTER, C. : Behaviour and Metabolic Cycles in Animals and Man in Experimental Psychpathology. New York 1955.

ROHRACHER, H. : Einführung in die Psychologie. Wien 1965.

SELBACH, C. u. H. : Zum Problem der Krise. Mschr. Psy= chiatr. 129 (1955).

SLATER, E.T.O. : Zschr. Neurol., Berlin 162 (1938),794.

STAEHELIN, J.E. : Psychopathologie der Zwischen- und Mittelhirnerkrankungen. Schweiz. Arch. Neur. Psychiatr. 53 (1944).

STENSTEDT, A. : Act. psychiatr. neurol., K'hvn. Suppl. 79 (1952) 1.

URSTEIN, M. : Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie. Berlin 1922.

WEITBRECHT, H.J. : Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963.

Herrn Prof. Dr. Dietrich möchte ich für die Anregung zu dieser Arbeit danken.

Herrn Prof. Dr. Kaess danke ich für die Übernahme des Koreferates.

Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Menninger-Lerchen=thal für seine persönlichen Ratschläge.

LEBENSLAUF

Am 21. März 1943 wurde ich als Tochter des Diplom Landwirtes Walter Vogelberg und der Lehrerin Ruth Vogelberg in Tiegenhof/Westpreußen geboren.
Nach der Flucht im Jahre 1945 wohnten wir in Hohen=westedt in Schleswig-Holstein. 1949 wurde ich dort eingeschult, besuchte nach der Grundschule zwei Jahre lang die dortige Mittelschule und wechselte 1955 auf das Gymnasium in Neumünster über. 1962 legte ich die Reifeprüfung ab.
Meine Schulzeit wurde durch einen einjährigen Aufenthalt in den U.S.A. unterbrochen. Im Rahmen des Schüleraus=tausches des "Michigan Council of Churches" besuchte ich 1960/61 die letzte Klasse der "High School" in Pontiac, Michigan.
Das Medizinstudium begann ich im Sommersemester 1962 in Kiel, legte dort 1963 das Vorphysikum ab, studierte dann drei Semester in Marburg an der Lahn und machte dort 1964 das Physikum. Die folgenden Semester studierte ich in Innsbruck, Berlin, Wien, bis ich im Sommersemester 1966 an die Universität nach München ging.
Während des klinischen Studiums famulierte ich auf einer chirurgischen Abteilung in Wien sowie auf medizinischen Abteilungen in Hamburg und Wien.
An meiner Dissertation arbeitete ich von Juni bis Dezem=ber 1966.